

一般財団法人 愛知健康増進財団
会 長 三 田 敏 雄 殿

西 暦 年 月 日

研究及び事業
並びに活動の名称 (名 称)

推薦を受ける学校・病院・団体等
フリガナ 名 称※
代表者氏名
代表者の役職名
所 在 地 〒
TEL(代表)
事務連絡者氏名
事務連絡者所属
TEL FAX

推薦する人
フリガナ 氏 名 印
自宅住所 〒
自宅TEL
勤務先名※
職 名
勤務先TEL

※名称、勤務先名は、学部・学科・講座・教室名等及び支店名等まで正式に記入してください。

助成事業の種類(注:2)	研究・事業・活動等(注:2)
<input type="checkbox"/> 医学研究・疾病予防分野 ①「医学一般」テーマ「新しい時代の医療に貢献する医学研究」 ②「予防医療」テーマ「健康で豊かな人生を支援する予防医療」	<input type="checkbox"/> 医学一般 <input type="checkbox"/> 予防医療
<input type="checkbox"/> 地域保健分野	<input type="checkbox"/> 環境衛生 <input type="checkbox"/> 健康支援 <input type="checkbox"/> 健康管理システム <input type="checkbox"/> 感染症対策
<input type="checkbox"/> 健康づくり対策事業分野	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防対策 <input type="checkbox"/> 体力向上・運動指導 <input type="checkbox"/> 歯科衛生 <input type="checkbox"/> 健康教育
<input type="checkbox"/> 産業保健分野	<input type="checkbox"/> 健康の保持増進 <input type="checkbox"/> 作業関連疾患予防 <input type="checkbox"/> 健康経営 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策
<input type="checkbox"/> 介護・福祉分野	<input type="checkbox"/> 介護・福祉 <input type="checkbox"/> 寝たきり予防 <input type="checkbox"/> 認知症対策

研究及び活動の概要	
助成金の使途内訳 (金額も具体的に) 同封の(応募要項) 「助成金の使途」を ご確認ください 記入してください。	
申請の理由・目的 (注:1)	

これまでの業績概要 (注:3)	
当該研究等における 倫理委員会の審査・ 承認状況 (注:4)	<input type="checkbox"/> 審査・承認を受けている <input type="checkbox"/> 審査・承認を受けていない ・理由 () <input type="checkbox"/> 該当しない

(注:1) この申請にふさわしいと思われる理由と、その目的等を記入してください。
 (注:2) 「助成事業の種類」と「研究・事業・活動等」は各1ヶ所にチェックを入れてください。
 チェックを入れる際はではなく (塗りつぶし)にしてください。
 (注:3) この申請について、今日までに業績があればその業績を記入してください。
 また、その業績を証明できるものがあれば添付してください。
 (注:4) 助成を受けるにあたっては、研究及び活動の内容により、倫理委員会の審査・承認が条件となる場合があります。

◆助成申請書送付先 〒462-0844 名古屋市北区清水1-18-4 一般財団法人 愛知健康増進財団 総務課
 ◆お問い合わせ先 一般財団法人 愛知健康増進財団 総務課 TEL 052-951-3331